

平成24年度糸魚川地域リハビリ研修会

# 地域リハビリにおける連携 ～途切れない支援のために～

ゆきよしクリニック

ゆきよし訪問看護ステーション

理学療法士

三村 健

# “連携”はなぜ必要なのか。

“仕事は、第一に世のため、人のために行う。  
次に、自分のために行う。”

人のための人とは誰か？

利用者さん・患者さんと、その家族

他職種：ケアマネさん，ヘルパーさん，Dr.

同業者：他施設のOT，ST，PT

# “縦の連携”と“横の連携”

縦  
の  
連  
携

小学校  
⇕  
中学校  
⇕  
高校  
⇕  
大学

家庭⇔学校⇔地域  
横の連携

# “縦の連携”と“横の連携”

縦  
の  
連  
携

急性期



回復期



生活期(維持期)

ケアマネ⇔本人・家族⇔リハスタッフ

(生活期における)横の連携

# 安心と希望の介護ビジョン

平成20年11月20日

厚生労働省老健局

“「維持すれば十分」などといった関係者の意識改革を促すため、いわゆる「維持期」リハビリテーションの呼称の見直し”

# 医療・福祉関係者側の先入観

維持期

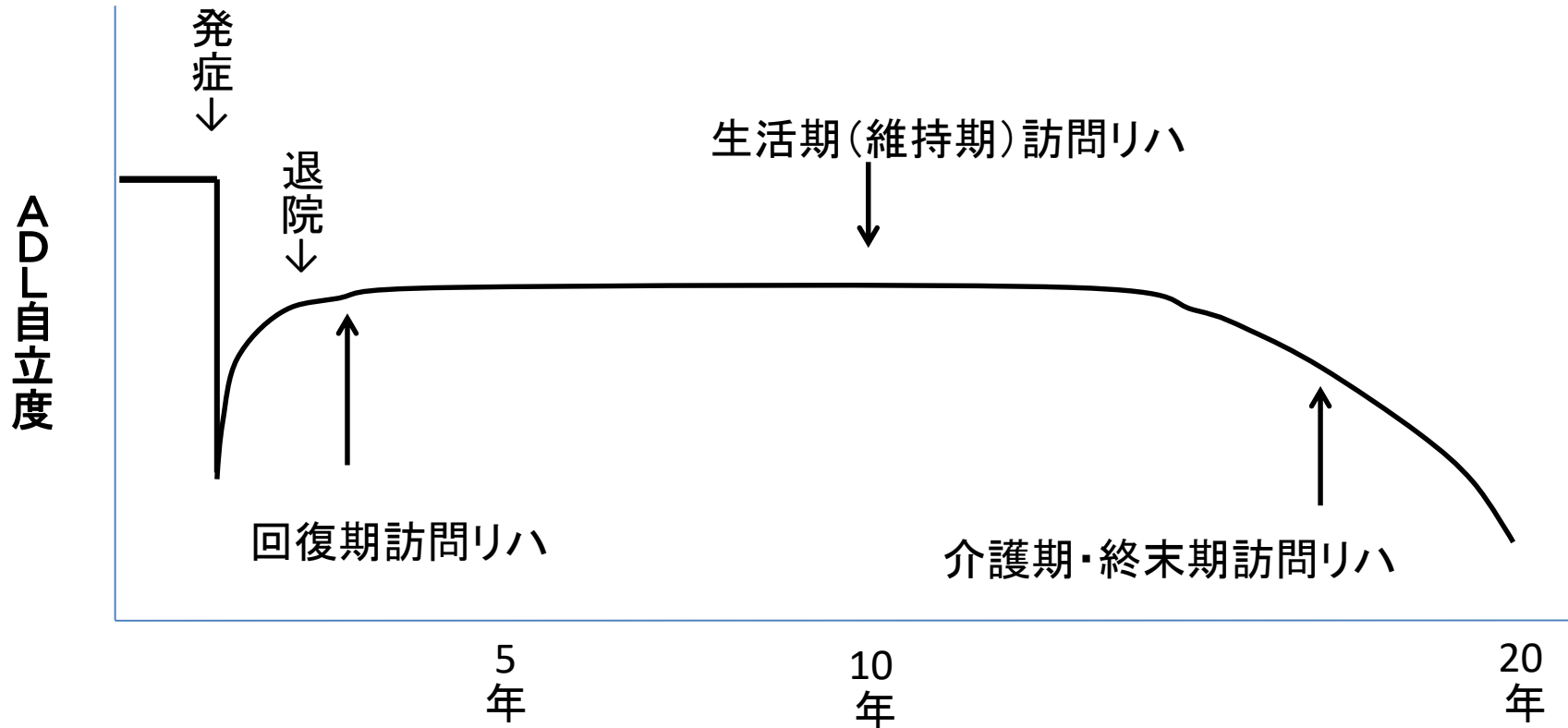
.....「それ以上の回復・改善は期待できないだろう」



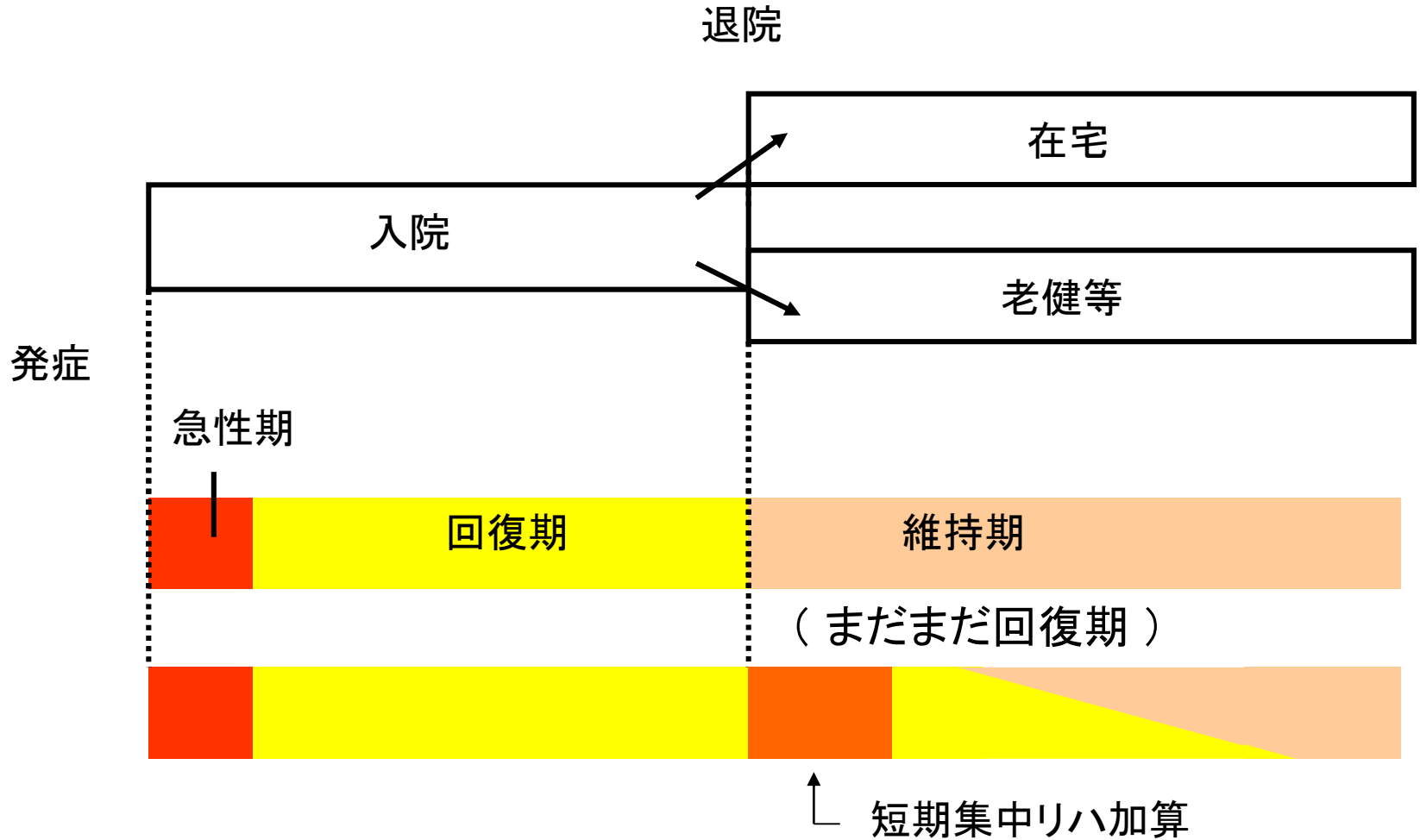
生活期

.....「毎日の生活の中でまだ改善する部分があるんじゃないか？」

# 脳血管障害の訪問リハ



# 発症からの経過





# 退院後の歩行の改善

車いすによる移動

⇒

手すりによる段差昇降

⇒

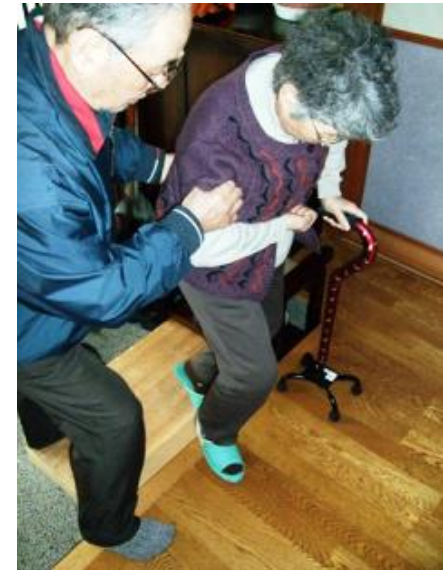
四点杖による昇降



2007年5月(退院時,  
発症より6ヶ月経過)



同年10月  
(発症より10ヶ月経過)



2011年5月  
(発症より4年経過)



# 家族が介助を行って欲らなければ...

I



II



III










セラピストによる  
歩行の練習

歩行の練習と  
“介助の練習”

家族による  
介助歩行

# 訪問リハ以外の日はどうしてるの？

						
日	月	火	水	木	金	土

訪問している、そのときにどうかよりも、  
訪問日以外の状態を把握することが重要

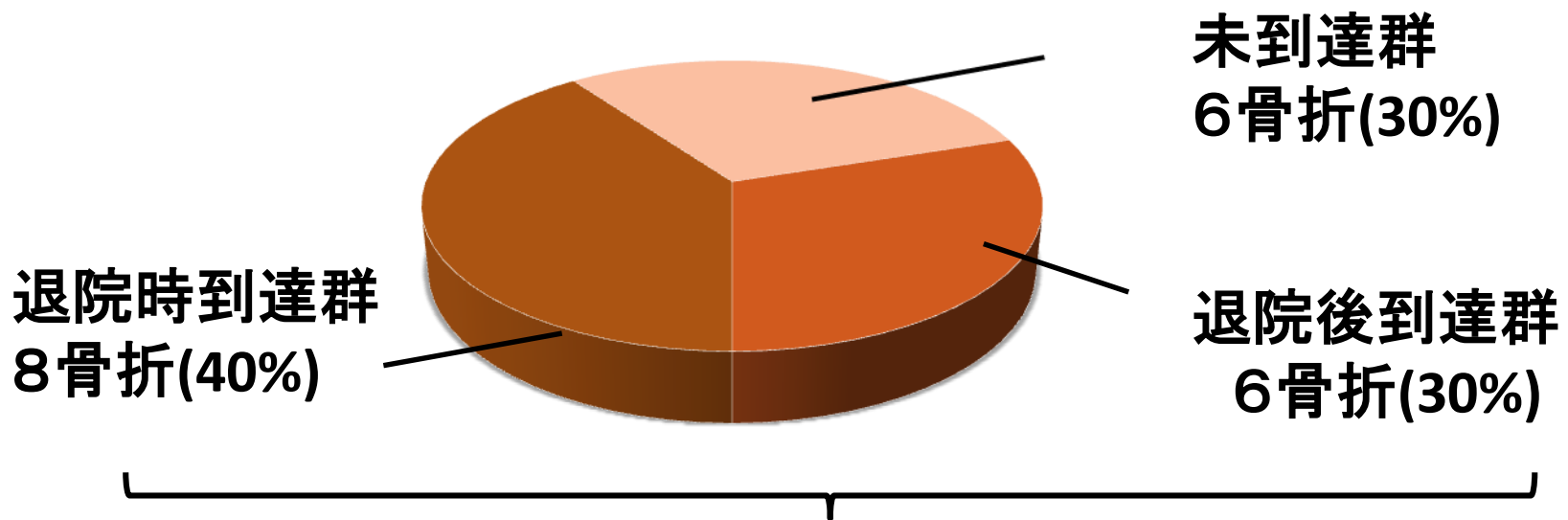
# 大腿骨近位部骨折の歩行機能

どのような経過をたどったかにより，下記の4群に分類

退院時到達群・・・退院時に，受傷前の自立度に至った群

退院後到達群・・・退院時には，受傷前の自立度に至らなかったが，退院後に到達した群

未到達群・・・退院時に受傷前の自立度に至らず，その後も，受傷前の自立度には至らなかった群



退院時，退院後，合わせて**70%**は，受傷前の自立度に至った。

# リハビリテーション前置主義

- 1)医療保険のリハ医療サービスにより、可能な限り自立、もしくは要介護状態を軽減した上で、介護保険のリハ医療サービスを利用する仕組みを構築すべきである。
- 2)介護保険の医療に際し、要介護度を改善もしくは維持するために必要なリハ医療サービスは、他のサービスに優先的に利用できる仕組みを構築すべきである。
- 3)上記2点の整備により、要介護者の増加を抑制でき、介護保険財源の安定化に貢献できる。

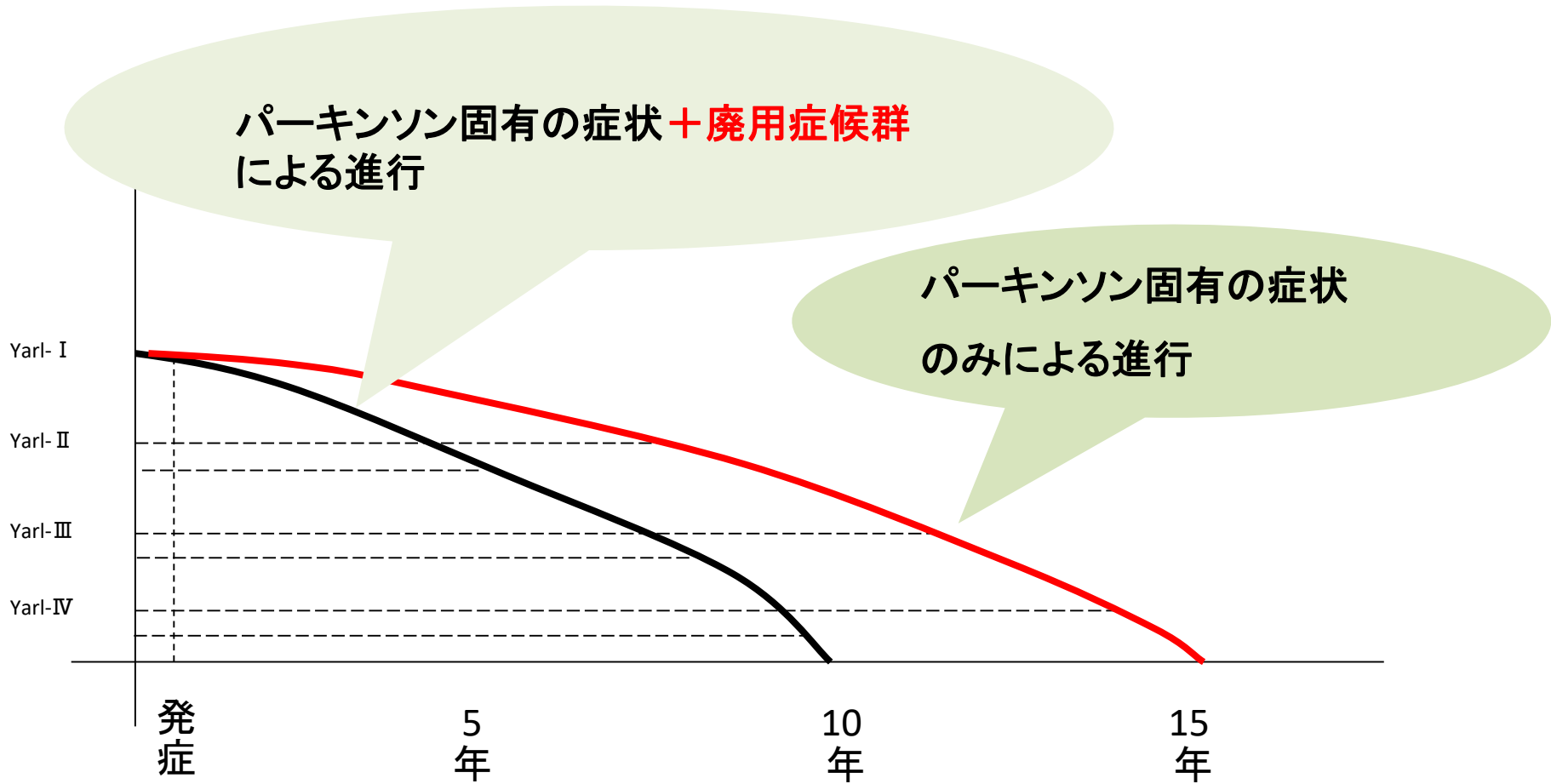
# 神経難病

- 筋萎縮性側索硬化症 (ALS),
- パーキンソン関連疾患
- 脊髄小脳変性症 (SCD), 多系統萎縮症
- 球脊髄性筋萎縮症

## 目的とポイント

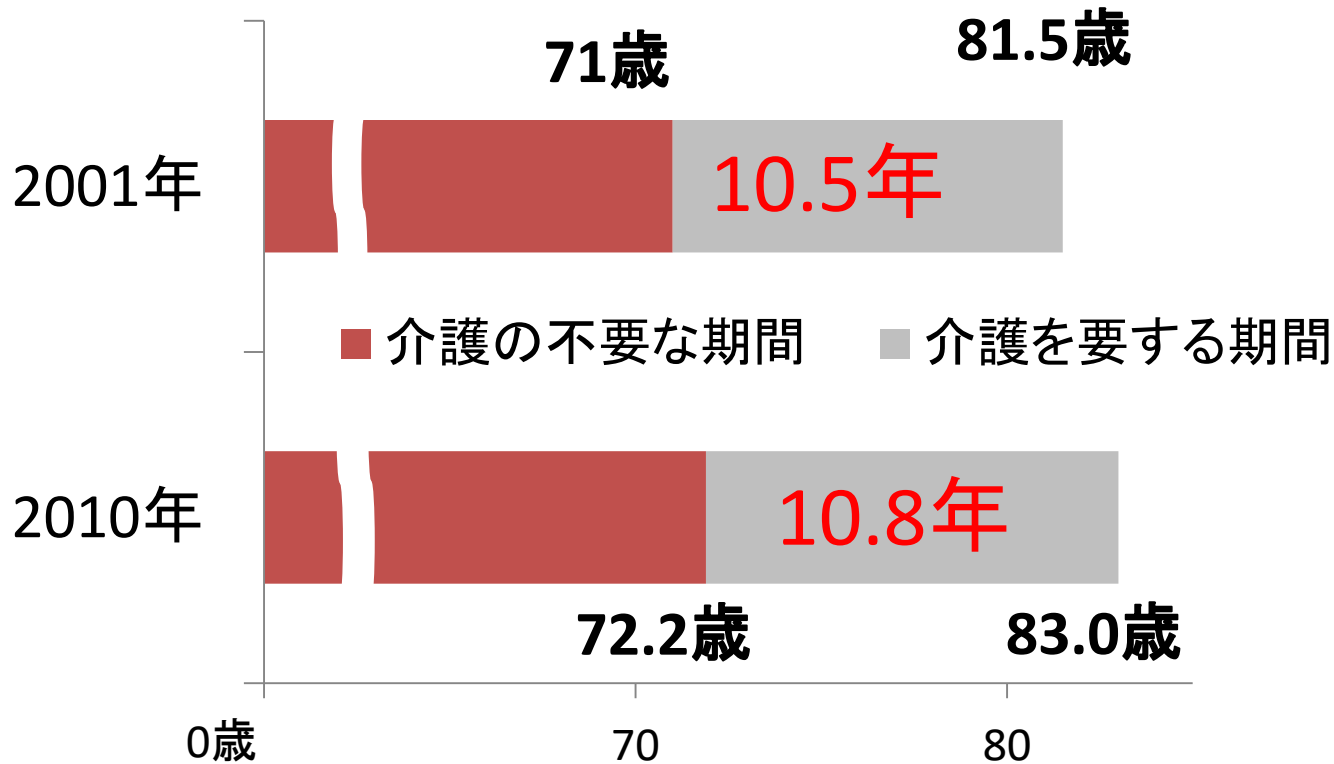
- ・疾患そのものの進行を遅延させることはリハビリでは困難。疾患に伴う廃用症候群の発生, 進行を予防する。

# 訪問リハ介入による廃用症候群の予防





# 平均寿命，健康寿命の伸びと， 死亡するまでの間に介護を要する期間



2001年から2010年の9年間で，健康寿命は1.2歳伸びたが，一方，平均寿命も1.5歳伸び，差し引き，要介護の期間が約3ヶ月伸びてしまった。

# “縦の連携”と“横の連携”

## 1. 縦の連携

病院リハスタッフと生活期リハスタッフは、どのように連携すべきか？

## 2. 横の連携

生活期リハスタッフと、ケアマネージャー、訪問介護・看護、施設内他職種、Drと、どのように連携すべきか。

# 1. 縦の連携

病院

```
graph TD; Hospital[病院] --> Home[在宅系]; Hospital --> Facility[施設系]; subgraph Home_System [在宅系]; Home_System --> Home_Visit[通所]; Home_System --> Home_Visit2[訪問]; end; subgraph Facility_System [施設系]; Facility_System --> Facility_Health[老健]; Facility_System --> Facility_Care[特養]; end;
```

在宅系

通所

訪問

施設系

老健

特養

# 地域連携パス

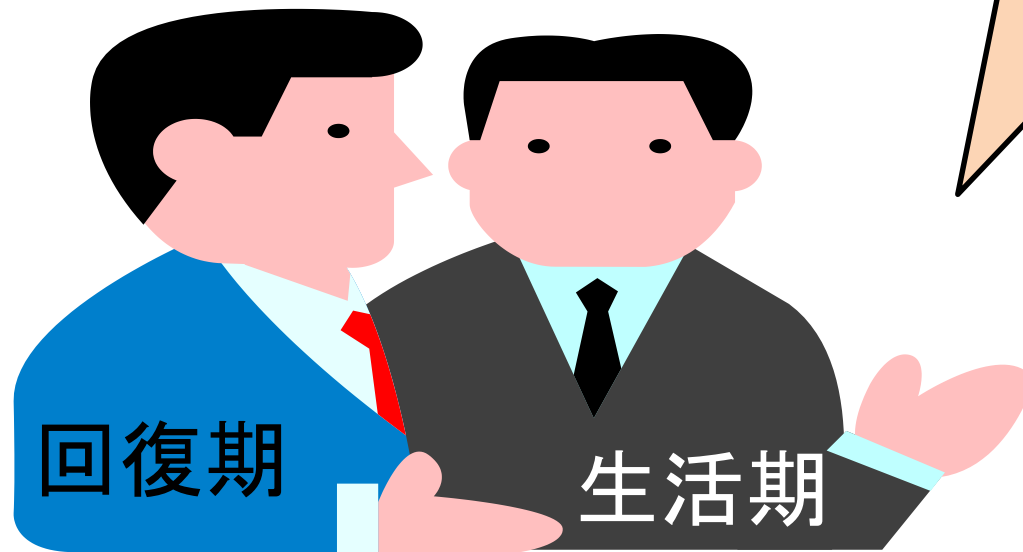
- ・急性期から、回復期、回復期から生活期（維持期）への情報提供のツールとして、全国的に様々な試みが行われている。

問題点：施設間の連携＝医師間の連携となっており、リハスタッフ間の連携のためのツールとして使うには、まだまだ工夫が必要。

# 連携パスは、回復期リハスタッフから生活期（維持期）リハスタッフに渡っているか？

パスにいろいろ書いても、その後、どうなったのか、維持期のスタッフからのフィードバックがないじゃないか！

え、書いてるの？  
パスって、ほとんど見たことないよ。



回復期

Dr, リハスタッフ

相談員

地域

かかりつけ医

ケアマネージャー

訪問リハ

デイケア

病院(回復期)リハスタッフから地域リハ  
スタッフに情報を伝える最も効果的な方  
法は？

退院前カンファレンスへの参加



院内カンファレンスにて退院の目途が立つ



相談員からケアマネージャーへの退院前カンファレンスへの参加依頼



ケアマネージャーが、暫定ケアプランを作成し、プラン内のリハスタッフ(老健・特養・通所・訪問)にカンファレンスへの参加を依頼



地域リハスタッフが、カンファレンスに参加し、院内リハスタッフと情報交換



# 実際には....

## 時間がない

→時間のやりくり(通常業務を動かしてでも)

## ケアマネさんが呼んでくれない

→ケアマネさんにアピールを！

# 望ましい流れ

回復期病棟の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、退院後のリハの継続の必要性の有無、有るとすれば、その手段を判断し、連携パスに、その旨、記載する。

# 具体的には...

例1：“（要介護1の）Aさんは、歩行耐久性の維持を目的として、通所リハビリの利用が必要と考えます。ケアプラン立案の際にご検討ください。”

例2：“（要介護3の）Bさんは、日中、在宅ではどうしても臥床しがちとなり、廃用の進行が危惧されます。通所介護、もしくは通所リハビリの利用による外出が必要と思われます。”

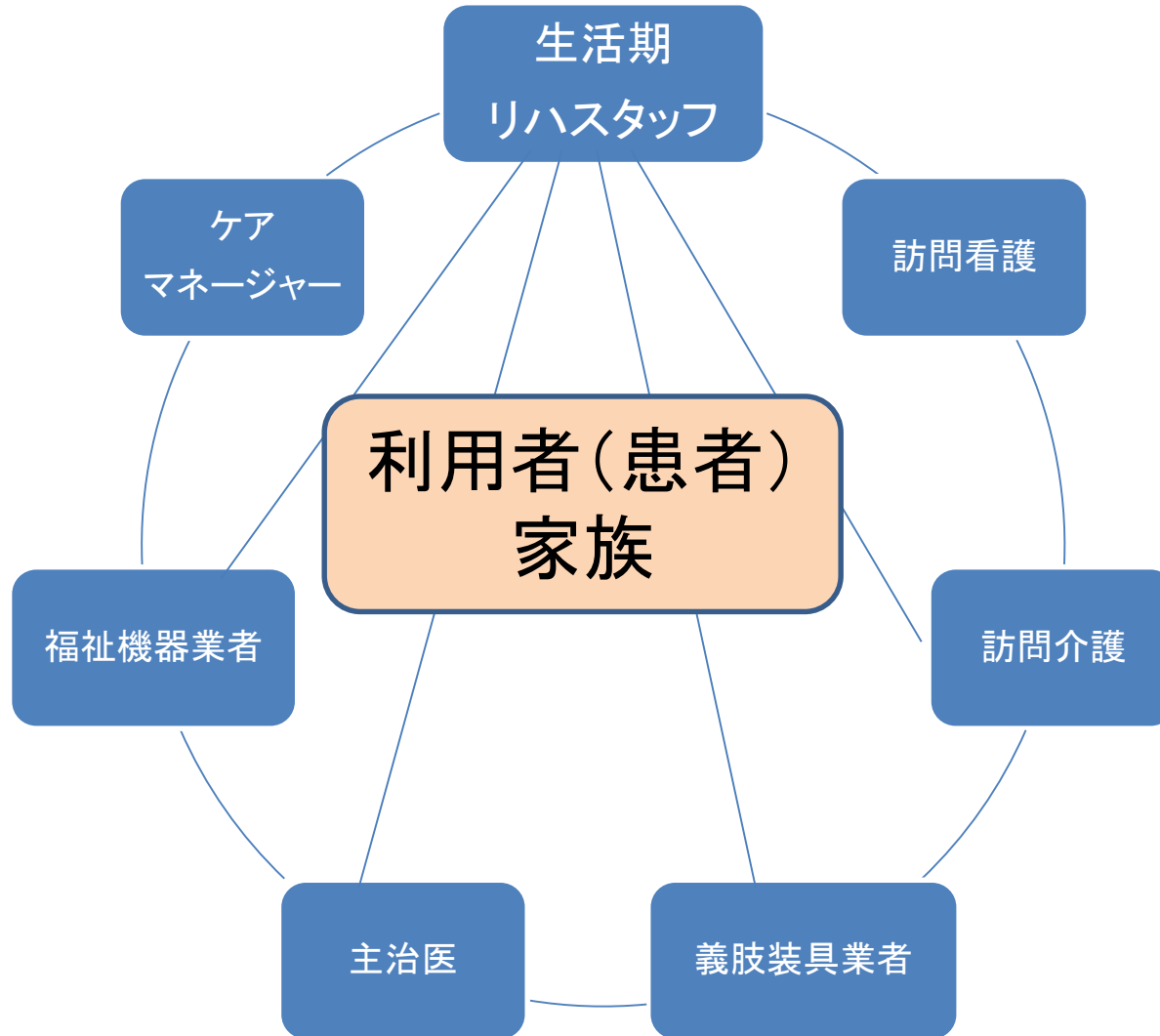
例3：“（要介護2の）Cさんは、すでに退院前訪問を行い、在宅でのADLも検討済みですが、立案どおりに行われるか、フォローが必要と思われるので、訪問リハの導入をご検討ください。”

例4：“（要介護2の）Dさんは、自宅周囲の歩行が自立する可能性があります。入院中は十分に練習できませんでした。訪問リハを導入し、屋外歩行の練習を継続していただければと思います。”

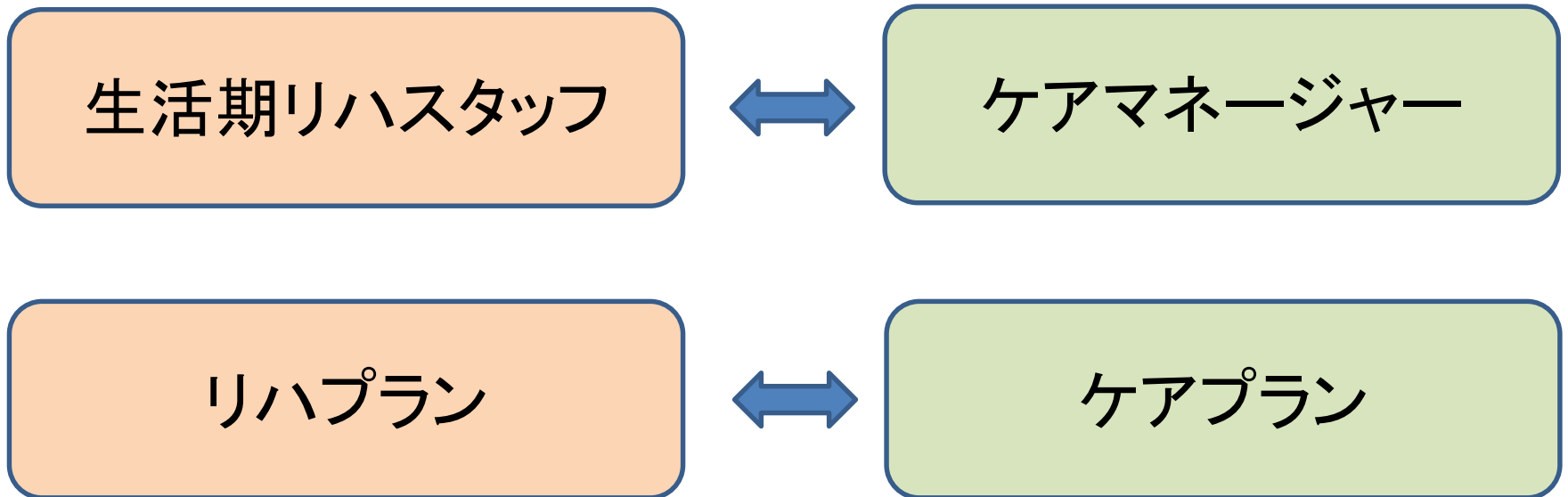
# 担当している利用者さんが入院したら

生活期リハスタッフが、入院中の様子を知りたいように、病院リハスタッフも在宅での様子、どのようなリハを行っていたのか、知りたい。

## 2. 横の連携



# ① ケアマネージャーとの連携



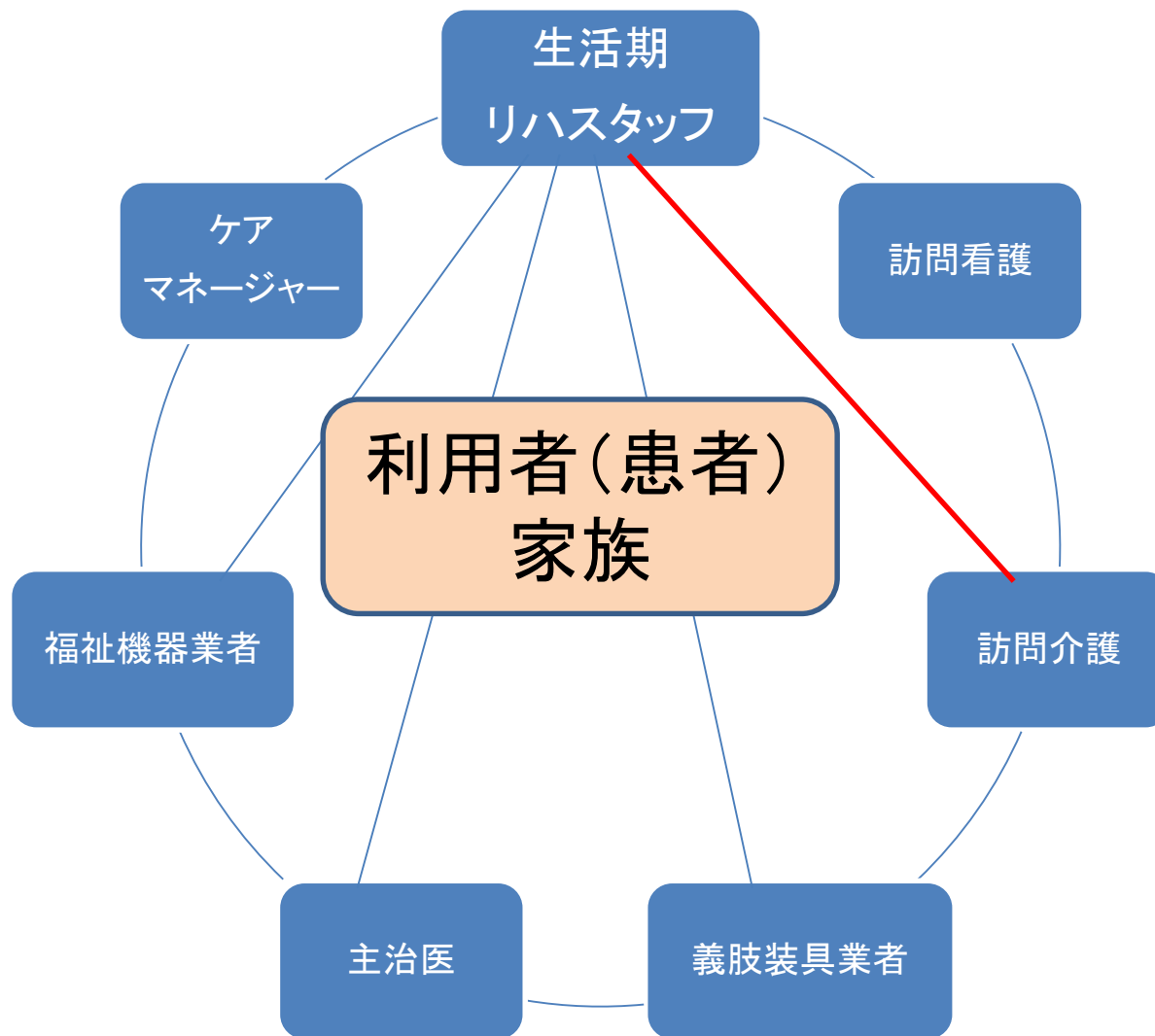
- こちら側の意図, プランは十分にケアマネージャーに伝える.
- 両者に大きな矛盾がなければ, 良し(としたい).

# これではまずい！

	リハスタッフ	ケアマネージャー
移動	歩行を目指したい！	転倒するといけないので、このまま車いすで...
入浴	家族の介助で、家のお風呂に入れるようになってほしい！	家族の負担を増したくないので、デイサービスの入浴でいい...
食事	少しでも経口摂取してほしい！	誤嚥が怖いから胃瘻のままでいい...



## ② 訪問介護との連携



# 平成24年度介護保険改正の一つ

## ■ 訪問介護と訪問リハビリテーションとの連携の推進

利用者の在宅における生活機能向上を図る観点から、訪問リハビリテーション実施時にサービス提供責任者とリハビリテーション専門職が同時に利用者宅を訪問し、両者の共同による訪問介護計画を作成することに対する評価

### ① 訪問介護

生活機能向上連携加算(新規)

⇒ 100単位/月(3ヶ月間算定可能)

### ② 訪問リハビリテーション

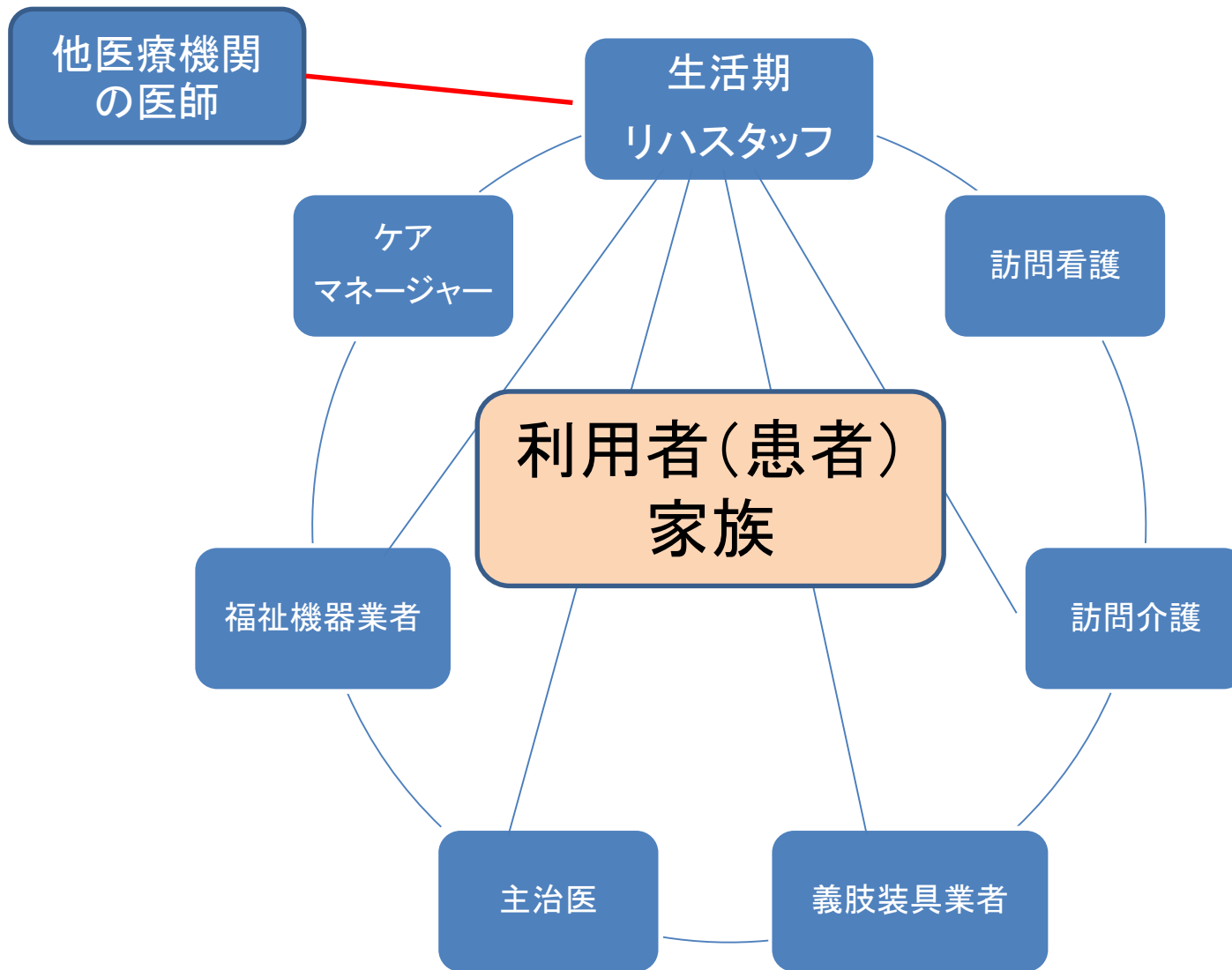
訪問介護事業所のサービス提供者と連携した場合の加算

⇒ 300単位/回(3月に1回を限度に算定可能)

訪問介護に訪問リハが同行し、浴槽の出入りに  
ついて連携



# ③. 他医療機関医師との連携



# 上肢痙縮にボトックスを使用

before



after



# 上肢痙縮に対するボツリヌス療法

## 脳卒中(脳血管障害)とは

「脳卒中」とは、脳の血管が破けたり、詰まったりして、その先の細胞に栄養が届かなくなり、脳の働きに障害が起きる疾患です。「脳血管障害」ともいわれます。



詳しくはこちら

けいしゅく

## 痙縮(手足の筋肉のつっぱり)とは

脳卒中によくみられる運動(機能)障害の一つに痙縮という症状があります。痙縮とは筋肉が緊張しすぎて、手足が動きにくかったり、勝手に動いてしまう状態のことです。



詳しくはこちら

## ボツリヌス療法とは

ボツリヌス療法とは、ボツリヌス菌(食中毒の原因菌)が作り出す天然のたんぱく質(ボツリヌストキシン)を有効成分とする薬を筋肉内に注射する治療法です。



詳しくはこちら

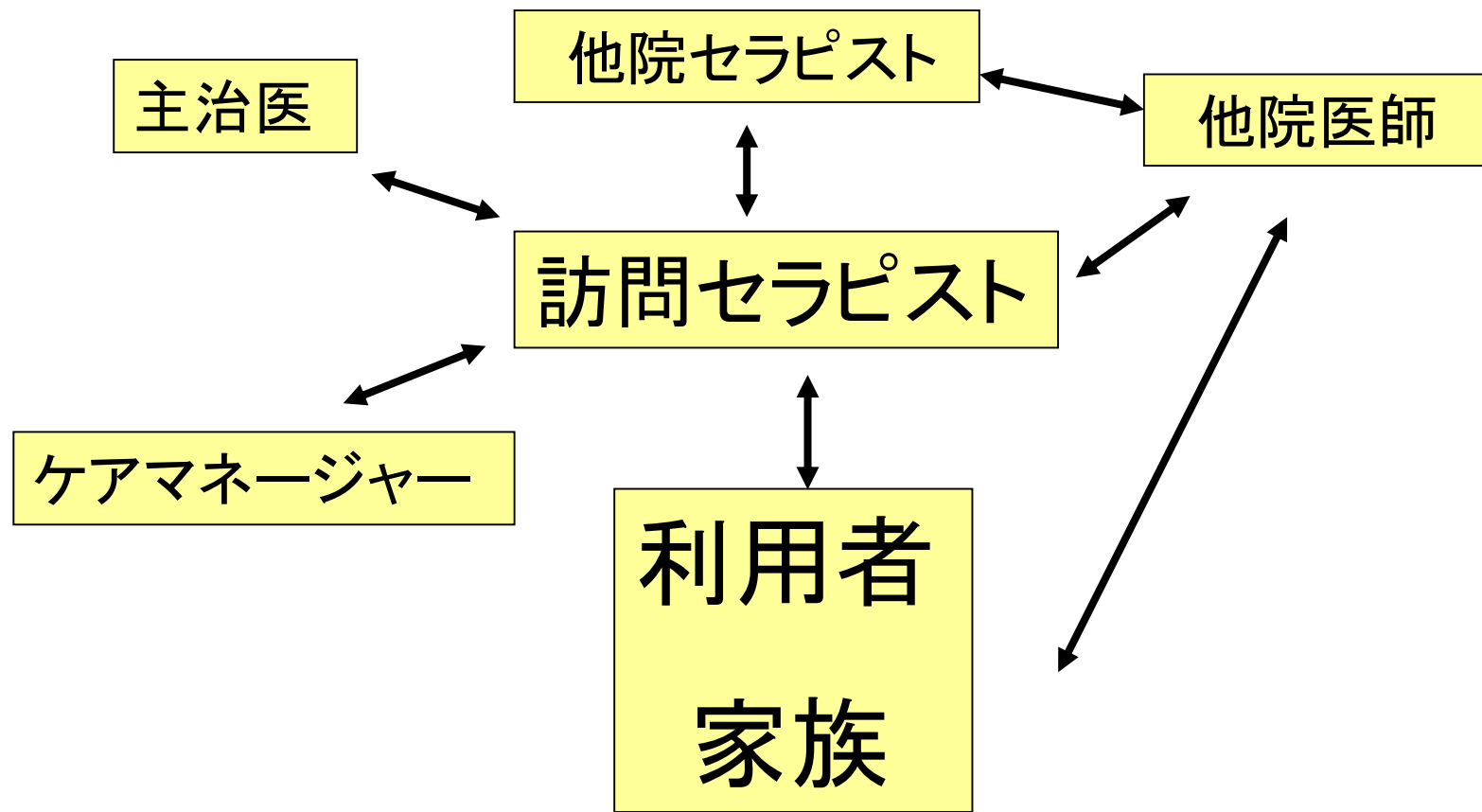
## 脳卒中と公的支援

脳卒中の後遺症でお困りの方は、公的支援を受けることができます。



詳しくはこちら

# 【担当セラピストが行った連絡・調整】



# 手指の屈曲拘縮(屈筋群の短縮)による 手掌の保清困難



介護者からは「手を握ったままなので、掌を洗ったり、爪を切ったり、タオルを握らせるのが大変」「爪が切りにくい」などの声が聞かれた。

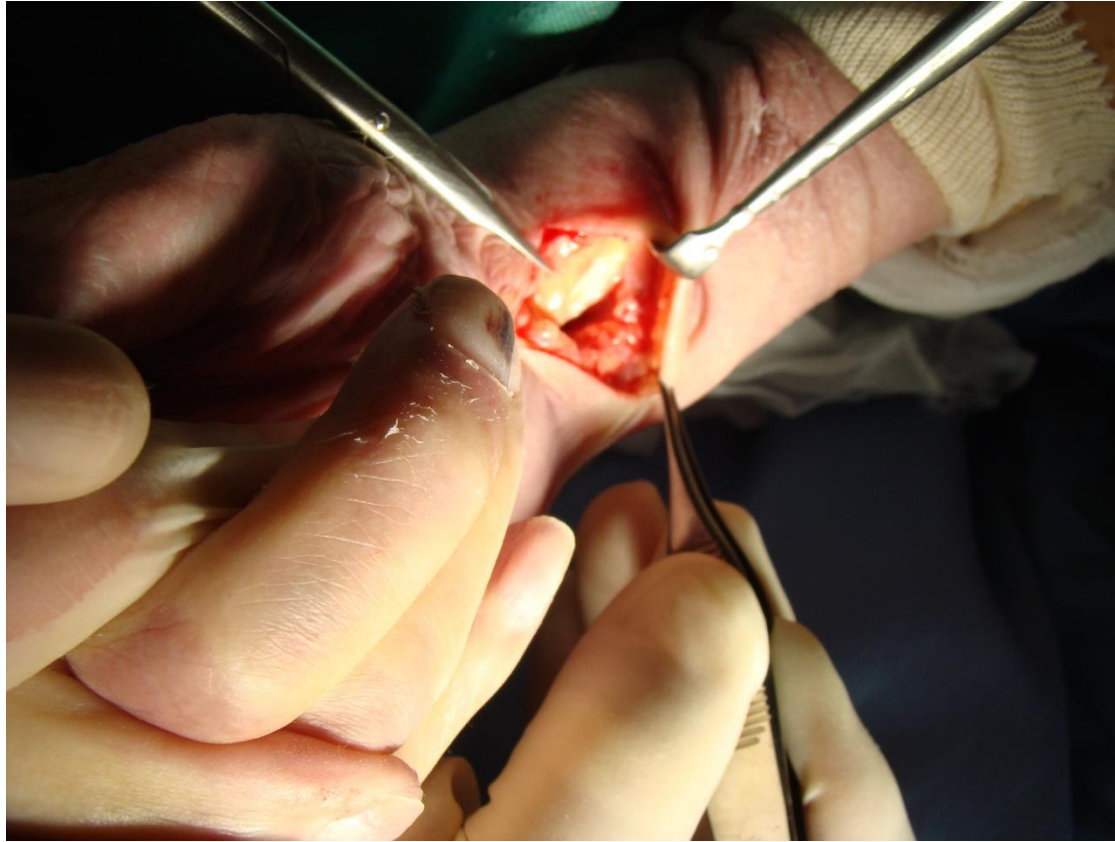


## 【経過】

担当セラピストは手指屈筋腱々切り術について整形外科医（当院医師）に相談を行い、往診による検討の結果，“適応あり”という回答を得た。その後、担当セラピストから、家族、担当ケア

マネージャー、主治医への手術内容、期待される効果について説明、同意を得て、××年2月27日、当院にて手術が施行された。

# 腱切り術を施行



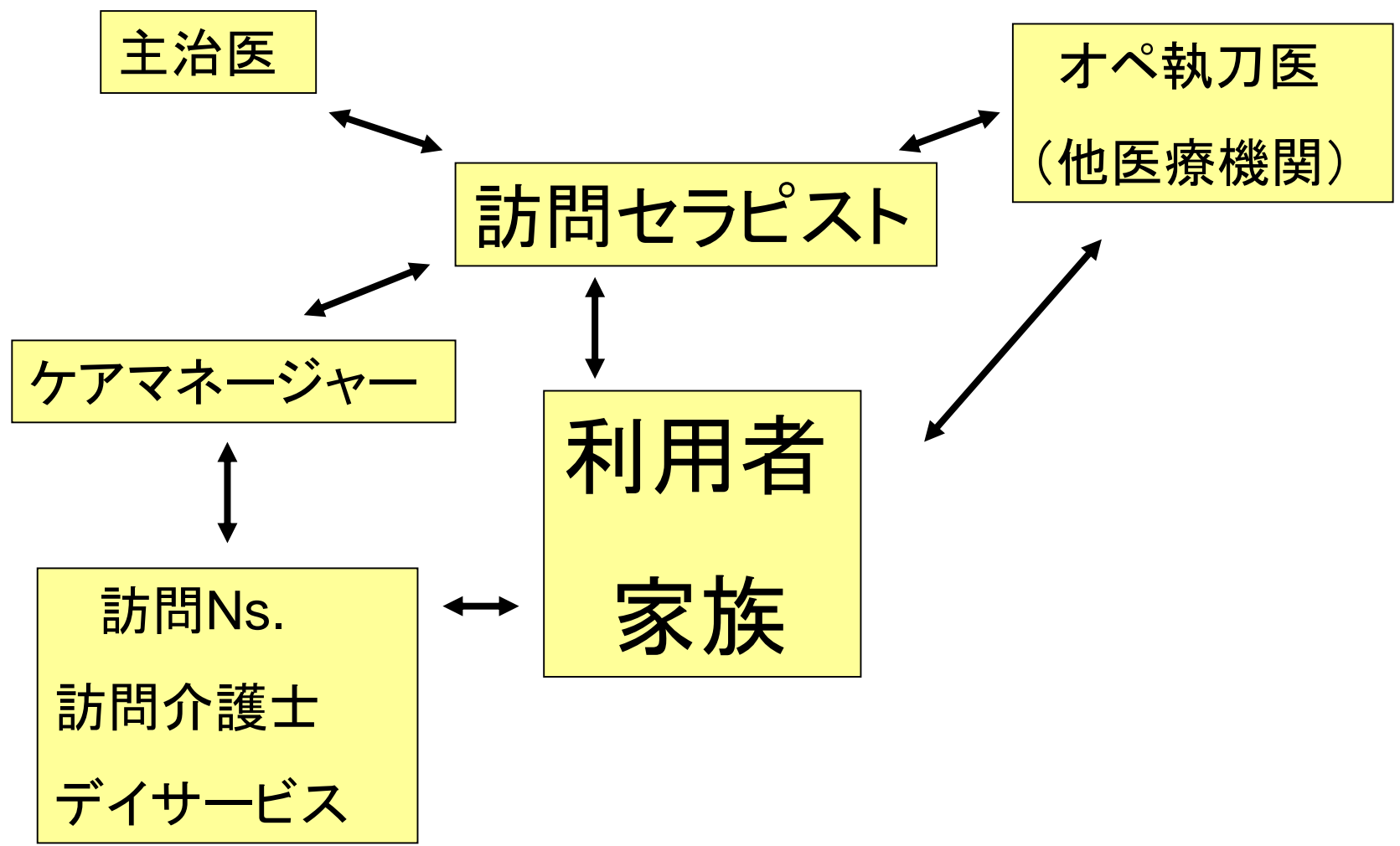
両側の長掌筋腱，浅指屈筋腱，深指屈筋腱の9本の腱を切断  
(当院にて日帰りオペ)

# 【結果】



手術後，訪問看護師，訪問介護士，デイサービス職員からも「手掌の保清，爪きりや，タオルを握らせるのが容易になった。」との情報を得た。

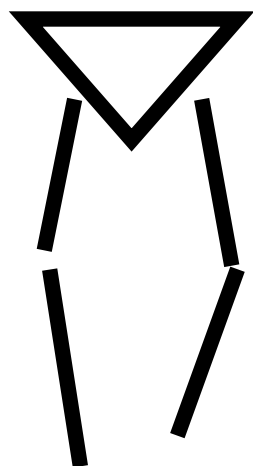
# 【担当セラピストが行った連絡・調整】



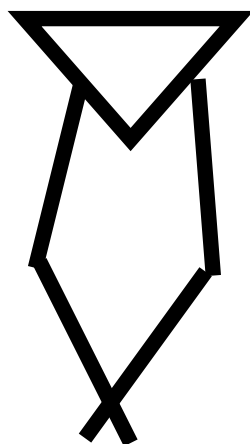
# 在宅に行ける義肢装具業者との連携



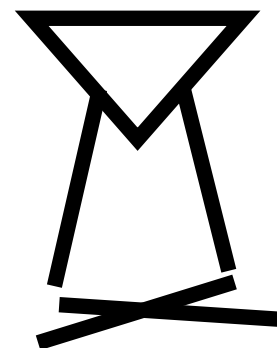
# 膝屈曲拘縮の進行



H11



H16



H22

どの職種と連携するにしても...

必ず、

ケアマネさんに断ってから行う。

# “横の連携”とは、見方を変えれば...

リハスタッフのできることなど、限られてるのだから、他職種力を借りなければ、利用者・家族は、こちらが望んでいる、いい方向にいかない。



# 連携で大事なことは

“メールよりも電話、電話よりも会って(話す)”

メール → 記録には残るが、ニュアンスが伝わりにくい。

電話 → ニュアンスは伝わるが 表情が見えない。

